

## Zgody, upoważnienie i akceptacja do Regulaminu udziału w Teście Akademii Drogi Sportowej (Test Złoty).

### OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (rodzica, opiekuna)

Ja niżej podpisany(a) \_\_\_\_\_, w imieniu własnym oraz jako przedstawiciel ustawowy Akademika - \_\_\_\_\_ oświadczam, że:

1. Otrzymałem i zapoznałem się z treścią Regulaminu udziału w Teście Akademii Drogi Sportowej (Test Złoty), wersją z dnia \_\_\_\_\_, zrozumiałem ją i akceptuję.
2. Przeczytałem i zrozumiałem informacje dotyczące badań i testów wchodzących w skład Testu oraz otrzymałem wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam zgodę na udział Akademika w tych badaniach i testach.
3. Upoważniam ADS spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie do odbioru wyników badań i testów Akademika, przeprowadzonych przez jednostki wskazane w pkt. 3.2 Regulaminu udziału w Teście Akademii Drogi Sportowej (Test Złoty) w ramach Testu, w tym do wskazania przez ADS spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie przedstawiciela, będącego lekarzem w rozumieniu ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. 2011 r. Nr 277 poz. 1634 z późn. zm.) upoważnionego do odbioru tych badań.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez ADS spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie wyników badań i testów przeprowadzonych w ramach Testu na potrzeby przygotowania Raportu.
5. Wyrażam zgodę na wgląd w dane osobowe oraz dokumentację medyczną (dane dotyczące stanu zdrowia) przez monitorów, audytorów oraz przedstawicieli Komisji Bioetycznej.
6. Podpisując ten dokument oświadczam, że dane osobowe, w tym dotyczące stanu zdrowia Akademika udostępniam dobrowolnie. Potwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(a) o sposobie przetwarzania danych, o prawie wglądu do nich, prawie złożenia wniosku o ich sprostowanie, weryfikowanie ich z moją dokumentacją medyczną oraz, że dane te są zbierane jedynie w celu przygotowania Raportu. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych w tym danych dotyczących stanu zdrowia zebranych podczas Testu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).
7. Zgadzam się na wykorzystanie danych zebranych podczas Testu, jako danych anonimowych do celów statystycznych lub badań naukowych.

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

imię i nazwisko

\_\_\_\_\_

podpis

Wyrażam zgodę na wykorzystanie w przyszłości przez Akademię dla celów promocyjnych wizerunku Akademika Tak (  ), NIE (  ).



Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć Akademika, w tym na tle materiałów promocyjnych Akademii, w trakcie realizacji Testu Tak ( ), NIE ( ),

Wyrażam zgodę na powoływanie się przez Akademię na fakt zarekomendowania Akademikowi danej dyscypliny sportu Tak ( ), NIE ( ),

Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą mailową informacji o podejmowanych przez Akademię inicjatywach i nowych projektach Tak ( ), NIE ( ),

Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą mailową ofert handlowych firm współpracujących z Akademią Tak ( ), NIE ( ),

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

imię i nazwisko

\_\_\_\_\_

podpis

**OŚWIADCZENIE AKADEMIKA**  
**(dotyczy osób, które ukończyły 16 lat)**

Ja niżej podpisany(a) \_\_\_\_\_ oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem informacje dotyczące badań i testów wchodzących w skład Testu oraz otrzymałem wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam zgodę na swój udział w tych badaniach i testach.

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

imię i nazwisko

\_\_\_\_\_

podpis

Podpisane oświadczenia prosimy wysłać na adres:  
ADS Sp. z o.o., 00-712 Warszawa, ul. Bluszczańska 74/84.